

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1900

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

586

Présentée et soutenue le 18 juillet 1900, à neuf heures

PAR

AUGUSTE ZERLAUT

Né à Gap (Hautes-Alpes), le 5 juin 1874.

FIÈVRE TYPHOÏDE ABORTIVE

CONFIRMÉE PAR LE SÉRO-DIAGNOSTIC

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { MARFAN, agrégé.
 { WIDAL, agrégé.
 { VAQUEZ, agrégé.*

LILLE

IMPRIMERIE LEFEBVRE-DUCROCQ

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

586

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 juillet 1900, à neuf heures

PAR

AUGUSTE ZERLAUT

Né à Gap (Hautes-Alpes). le 5 juin 1874.

FIÈVRE TYPHOÏDE ABORTIVE

CONFIRMÉE PAR LE SÉRO-DIAGNOSTIC

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { MARFAN, agrégé.
WIDAL, agrégé.
VAQUEZ, agrégé.*



LILLE

IMPRIMERIE LEFEBVRE-DUCROCQ

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	Math. DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchement.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA, Auguste.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA, André.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques. . . . M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Institut,

Membre de l'Académie de Médecine,

Médecin des Hôpitaux,

Commandeur de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

La forme abortive de la fièvre typhoïde a déjà fait l'objet de nombreuses études. C'est assez dire la place importante qu'elle occupe en pathologie et justifier en même temps le travail que nous présentons aujourd'hui. En effet, si les descriptions de l'infection typhique ont suffi à en affirmer les différentes modalités cliniques, il s'en faut que les auteurs soient tous d'accord sur ses formes atténuée, légère ou abortive. Nous sommes intervenus dans le débat, pour confirmer les travaux de nos devanciers sur cette forme abortive de la dothienenterie à l'aide du sérodiagnostic de Widal.

Cette méthode nous permet aujourd'hui d'étudier et de classer un grand nombre de pyrexies affirmées hier encore de nature incertaine. Pour notre part, nous avons souvent remarqué avec quelle facilité le médecin est porté à faire appel à la constitution médicale du moment pour expliquer certains états infectieux mal déterminés. Nous rappellerons à ce propos l'exemple de la grippe qu'on diagnostique peut-être trop souvent de l'embarras gastrique fébrile, dont un de nos Maîtres a pu dire que le diagnostic servait quelquefois à cacher l'embarras du médecin. Cette remarque a du reste depuis longtemps

déjà été faite et des auteurs tels que MM. Kelsch et Kiener ont pu montrer quelle étonnante analogie existait souvent entre la symptomatologie des diverses variétés de catarrhe intestinal et les formes légères de la fièvre typhoïde. Il manquait cependant à leurs assertions la sanction de la bactériologie que nous pouvons apporter aujourd'hui.

Nous nous proposons donc après un rapide exposé historique, de résumer les notions que la clinique a pu fournir jusqu'à présent pour servir au diagnostic de la forme abortive de la fièvre typhoïde.

A ces données cliniques nous ajouterons celles de la bactériologie, résumées dans le cas particulier par la séro-réaction, montrant ainsi de quelle utilité peut devenir cette méthode, si on veut bien l'appliquer à toutes les formes douteuses d'infection.

C'est du moins le criterium qui nous a servi dans le relevé de nos observations personnelles, rangées en deux groupes.

Le premier comprend les formes abortives types de fièvre typhoïde soumises au contrôle du séro-diagnostic.

Plusieurs observations de formes infectieuses, qui seraient restées de nature incertaine sans le secours de la séro-réaction, forment le second groupe, qui doit servir dans notre esprit à montrer l'intérêt de cette thèse. En effet, grande est la fréquence de ces états infectieux qui ont pu être rapportés à telle ou telle forme de pyrexie, au gré du moment et de l'observateur. Nous n'avons pas besoin, du reste, d'insister autrement sur l'importance qui s'attache à la détermination de leur nature, au point de vue du traitement et mieux encore de leur prophylaxie.

C'est à cette tâche que nous nous sommes employé, sur les conseils d'un de nos maîtres, Monsieur le Docteur Hirtz, médecin à l'hôpital Laënnec. Nous le remercions ici en même temps que nous adressons à nos Maîtres dans les hôpitaux l'hommage de notre profonde gratitude, pour l'enseignement qu'ils nous ont donné sans compter. Nous distinguerons cepen-

dant parmi eux le nom du regretté médecin des hôpitaux, M. Gingeot, et ceux de M. Blum, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, de M. Widal, professeur agrégé, médecin de la Maison municipale de Santé.

Enfin, nous réservons nos plus vifs remerciements et nos meilleurs hommages pour M. le professeur Potain qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Les anciens pyrétologistes, tels que Sydenham, Cullen, Borsieri, avaient pressenti les pyrexies abortives, mais en ce qui concerne la fièvre typhoïde, il faudrait singulièrement forcer les textes, pour trouver dans leurs descriptions le type de la forme qui nous occupe. Ne sait-on pas, du reste, que les théories de cette époque, et nous faisons surtout allusion ici à celles que la grande autorité de Broussais a contribué à répandre, empêchaient de classer rationnellement les différentes fièvres, « les descriptions de la pathologie aboutissant à un chaos inextricable » (Chantemesse.)

Il nous faut donc arriver jusqu'à Griesinger, et ses élèves, Wegelin et Schmid, en 1857, pour voir séparer de la fièvre typhoïde commune, les formes abortive et atténuée de cette infection.

Déjà cependant en 1834, Chomel, étudiant dans une de ses statistiques, la date d'apparition de la convalescence dans la dothiënenterie, signale sans commentaires dix-neuf cas dans lesquels la maladie s'arrête du huitième au seizième jour. De même Bouillaud (1837) parle de la convalescence aux septième, huitième, onzième, treizième, quinzième jour. Il voyait là l'heureux effet de son traitement par les émissions sanguines.

D'après Louis (1841), la durée minima de la maladie serait de quatorze jours; de sept jours même pour Forget (1841).

Mais, ces réserves faites, il faut accorder à Griesinger le mérite d'avoir le premier posé et presque résolu du même coup la question des fièvres typhoïdes atténuées. On lui a seulement reproché d'avoir trop souvent confondu les formes légères et les formes abortives auxquelles il donne le nom impropre de *typhus levissimus*. Cette dénomination tiendrait effectivement à faire croire à la bénignité absolue de l'affection qui nous occupe. Or il n'en est pas toujours ainsi, la fièvre typhoïde abortive pouvant être grave et sérieuse au début. Du reste pour Griesinger, les symptômes de ces formes sont analogues à ceux de la fièvre commune. Ainsi les taches rosées apparaissent dans les cas les plus courts vers le sixième jour. Du quatorzième au seizième, la température après quelques oscillations tombe assez brusquement. La convalescence s'annonce quelquefois par des sueurs abondantes. Elle est le plus souvent courte si une rechute ne vient pas la troubler. La coïncidence d'une épidémie de dothiennenterie permettrait seule de différencier ces cas du catarrhe aigu de l'estomac, de la fièvre gastrique ou rhumatismale. Lebert, la même année, reprenant cette étude, insiste sur le début brusque de la maladie, marqué par des frissons répétés, sur la disparition des phénomènes dans le courant de la deuxième semaine, sur la chute brusque de la température.

A partir de ce moment, l'attention des auteurs est attirée sur cette allure de l'infection typhique et les observations se multiplient.

Rilliet et Barthez, en 1861, notent la fréquence, chez les enfants, de ces pyrexies légères, mais ils ne font pas encore la distinction des formes abortives.

Liebermeister (1865), se range à l'avis de Lebert. Pour lui, la maladie tire son caractère de sa courte durée, mais elle peut être légère ou grave.

M. le professeur Jaccoud, en 1867, confirme également les

idées de Griesinger et de Lebert. Les oscillations ascendantes de la température, dans la fièvre typhoïde commune, se retrouveraient même, d'après lui, dans ces formes abortives, au début de la maladie, et pourraient, par conséquent, devenir leur signe pathognomonique.

La même année 1867, Bäümler et Jürgensen partagent les opinions de leurs prédécesseurs. Les observations du premier viennent affirmer le caractère menaçant que peut revêtir la maladie, au début.

L'opinion de tous ces auteurs et leurs recherches au sujet de cette forme de l'infection typhique, montraient assez l'intérêt qui s'attache à sa détermination exacte. Aussi, la Société médicale des Hôpitaux de Paris reprit-elle cette question, en 1870. Le docteur Besnier, rapporteur, insista sur l'apparition de nombreuses taches rosées, permettant de faire le diagnostic de cette forme atypique, et sur la guérison complète après quelques jours de traitement.

Cette année-là encore, M. le professeur Laveran essayait même d'assimiler à la fièvre typhoïde abortive certaines pyrexies mal caractérisées. C'était vouloir faire disparaître du cadre de la nosologie, le plus grand nombre de fièvres dites synoques ou continues simples.

Guéneau de Mussy pensait de même, en 1884, en rapprochant ces formes avortées de la fièvre typhoïde des formes légères des fièvres éruptives, telles que la scarlatine, la variole.

Mais quelle explication donner de l'abortivité en pareil cas ? Probablement d'une infection peu profonde du sujet (Homolle, 1884) et de la résolution sans ulcération des plaques de Peyer (Bernheim, 1885).

C'était peut-être s'avancer un peu trop, car la même année 1885, M. Weil, professeur à la Faculté de Heidelberg, présente huit observations de typhus abortif grave. Il note en plus la rareté relative de l'éruption rosée et la fréquence des rechutes.

Les médecins d'armée se préoccupent à leur tour de cette forme de la dothienenterie. Ils signalent sa fréquence, puis

ses rapports avec les fièvres gastriques, et en 1885 encore MM. Kelsch et Kiener concluent presque à une infection de même nature dans les deux cas.

Ce côté de la question est également envisagé par M. le docteur Letulle dans sa thèse d'agrégation en 1886. Elle a pour sujet l'étude des pyrexies abortives en général mais celle de la typhoïdette, pour employer l'expression créée par Lorain en 1877, en est un des chapitres les plus importants. Nous aurons fréquemment l'occasion de citer cet ouvrage auquel, nous devons le dire, nous avons largement emprunté. C'était la meilleure façon d'en reconnaître la richesse et l'autorité. Les idées de M. Letulle sont du reste reprises dans la thèse de Gasiglia (Montpellier, 1888), inspirée par M. le professeur Kiener.

L'année suivante (1889), M. Chantemesse, étudiant l'épidémie qui sévit à Paris, est frappé de l'état infectieux du nombre de malades entrés dans son service avec l'épithète d'embarras gastrique fébrile. L'étude attentive de ces malades lui permet d'en publier les observations dans la thèse d'un de ses élèves, M. Courtet, sous le nom de fièvre typhoïde abortive. Le contrôle de la bactériologie qui devait affirmer l'opinion de M. Chantemesse, avait fait cependant défaut, car le sang de cinq malades pris dans la rate, était resté stérile. Le savant bactériologiste n'en conclut pas moins : « La fièvre typhoïde était abortive et c'est pour cela précisément que l'infection microbienne n'était pas généralisée dans tous les organes. »

Ici s'arrêterait l'histoire de la fièvre typhoïde abortive si la découverte de la séro-réaction, en 1896, n'était venue fournir aux observateurs un nouveau champ d'expérimentations.

Nous aurons donc à montrer tout ce qu'on peut attendre de cette nouvelle méthode appliquée à la détermination de l'infection dans les cas de pyrexies douteuses. Nous ne serions pas complet cependant si nous ne signalions pas en terminant une tentative faite dans le même sens par M. Coudeyras en 1897 (Thèse de Paris). Mais à cette époque le nouveau moyen de

dépister l'infection typhique venait seulement d'être livré au public médical. Beaucoup en discutaient les résultats. Aujourd'hui la méthode a fait ses preuves et l'on doit accepter sans contester les résultats de toutes les applications qu'on en peut faire. Celle que nous nous proposons, du reste, a déjà été prévue par l'un de nos maîtres, M. le professeur Dieulafoy, qui disait, en 1896, à l'Académie de Médecine : « Nous allons savoir maintenant ce qu'il faut penser de ces fièvres tour à tour appelées fièvre synoque, fièvre gastrique, fièvre saisonnière, fièvre muqueuse, typhoïdette, autant de maladies fébriles qui suivant les doctrines du moment allaient grossir ou abréger le bilan de la fièvre typhoïde..... » Nous pensons avoir montré le bien-fondé de cette prédiction, tout au moins pour l'une des plus importantes de ces pyrexies, la fièvre typhoïde abortive.

ÉTUDE CLINIQUE

Tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour appeler abortive une fièvre typhoïde dont l'évolution clinique se termine vers le quatorzième ou quinzième jour par la guérison. Nous ne nous attarderons donc pas à discuter l'opinion de certains auteurs qui voyaient, dans ce raccourcissement de la maladie, l'heureuse influence du traitement en vigueur. Ainsi pensait Bouillaud¹, voulant faire accepter les émissions sanguines. On s'est bien aperçu depuis, que le traitement ne pouvait avoir grande influence sur une maladie à marche si rapide. C'est seulement quand il s'agit de fièvres typhoïdes atténuées qu'on peut essayer d'expliquer ces variétés de formes, par l'application de telle ou telle thérapeutique². Du reste, la fréquence seule de la fièvre typhoïde abortive suffirait pour la classer comme forme spéciale de l'infection éberthienne.

Nos observations ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre d'établir une statistique à cet égard. Mais nous

1. BOUILLAUD. — *Clinique médicale de la Charité*. Tome I. Paris, 1837.

2. BOURGEOIS. — *Étude sur la fièvre typhoïde atténuée et sur l'allé-
nation de la fièvre typhoïde*. Bull. général de thérapeutique. 30 juin.
— 15 et 30 juillet.

pouvons nous appuyer sur les chiffres fournis par M. Letulle¹. Sa statistique porte sur 1.161 cas de fièvre typhoïde terminés heureusement, la guérison étant apparue pour 202 cas, 9 fois dans le premier septennaire, 193 fois dans le deuxième, ce qui donne 17,39 p. 100. Cette moyenne ne peut qu'être plus élevée si on tient compte du nombre de fièvres abortives qui passaient inaperçues avant la découverte de la séro-réaction. C'est qu'en effet, les symptômes n'en sont pas toujours bien tranchés. Nous allons nous en rendre compte en étudiant les principales manifestations produites par la fièvre abortive sur les divers appareils.

SYMPTÔMES

Appareil digestif. — Les signes fournis par l'examen de cet appareil ne diffèrent pas sensiblement des symptômes observés dans la forme commune, ils sont seulement moins accusés. Il en sera de même du reste de la plupart des signes locaux.

L'inappétence est de règle. La langue est saburrale, quelquefois rouge sur les bords; nous n'avons pas observé de trémulation de la langue. Le ventre est ballonné et le malade accuse souvent de la sensibilité dans la fosse iliaque droite; le gargouillement n'existe pas toujours (Obs. I et IV). La constipation est plus fréquente que la diarrhée.

Le foie et la rate sont le plus souvent augmentés de volume; néanmoins la tuméfaction de ces organes n'est pas toujours appréciable. Aussi concluerons-nous avec Laveran² que les signes fournis par l'examen du tube digestif ne présentent rien de particulier.

1. LETULLE. — *Thèse d'agrégation. — Pyrexies abortives*, 1886.

2. LAVERAN. — *De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde. Archives générales de médecine* 1870; p. 424.

Appareil respiratoire. — Nous avons toujours noté des râles de congestion des bases et des râles de bronchite disséminés dans la hauteur des deux poumons. Toutefois le malade de l'observation III a présenté des symptômes de pleurésie au neuvième jour. Le liquide recueilli par la ponction exploratrice était séro-fibrineux ; la culture est restée négative, mais on a noté un pouvoir agglutinatif égal à 1 p. 10. On sait du reste que la pneumonie ouvre quelquefois la scène des manifestations de la dothienenterie : ce sont les pneumo-typhoïdes qui ont été également observées au début de la forme abortive ¹.

Appareil circulatoire. — Nos malades n'ont rien présenté du côté du cœur. Des symptômes d'endocardite ont cependant été signalés dans un cas de M. Robin publié dans la thèse de M. Letulle. Les vaisseaux sont presque toujours indemnes. Toutefois Vulpian a vu évoluer, au cours de la convalescence, une artérite de la fémorale, sans gangrène consécutive du membre.

Système nerveux. — Sa réaction se traduit par de l'insomnie, quelquefois même du délire (Obs. I et VII). La mémoire est parfois un peu affaiblie (Obs. VII).

Appareil locomoteur. — D'habitude la courbature générale seule traduit la fatigue des muscles ; dans une de nos observations cependant (Obs. II), l'endolorissement de l'articulation du genou a été assez prononcée pour faire croire à une attaque de rhumatisme articulaire.

Peau. — Dans un peu plus de la moitié de nos observations (cinq fois sur neuf), l'apparition des taches rosées a fait défaut. De même M. Letulle les a rencontrées 35 fois seulement sur 80 observations. On ne peut donc leur accorder l'importance

1. LETULLE. — *Loc. cit.*

que les auteurs allemands leur attribuent au point de vue du diagnostic. Pour eux la tuméfaction de la rate et l'éruption rosée seraient deux signes de grande valeur à cause de leur précocité; ils apparaîtraient constamment du deuxième au cinquième jour, mais Lorain a observé les taches rosées pendant la convalescence et comme Bernheim ¹ et Lebon ² nous les avons toujours vu apparaître à la fin du premier septennaire. L'époque de leur apparition est donc très variable et elles sont quelquefois en si petit nombre qu'elles peuvent passer inaperçues aux yeux du malade et du médecin.

Urines. — Elles sont souvent rares, denses, rougeâtres, mais rarement albumineuses (Obs. VI). Si nous n'avons pu en avoir l'analyse chimique complète, nous les avons du moins soumises dans un certain nombre de cas au contrôle de la réaction d'Ehrlich, ou diazo-réaction; les résultats qu'elle nous a fournis sont notés dans cinq de nos observations. Une fois elle a manqué pendant toute la durée de la maladie; dans les quatre derniers cas, elle s'est toujours montrée avec à peu près les mêmes caractères. Avant de les indiquer, nous croyons utile de rappeler en quelques mots la découverte d'Ehrlich.

Sans entrer ici dans le détail des théories chimiques qui, en 1882, ont conduit le chimiste allemand à soumettre les urines normales ou pathologiques à un nouveau procédé d'analyse, nous rappellerons cependant le principe de sa méthode et les conditions dans lesquelles il faut se placer pour obtenir des résultats comparables entre eux.

Il faut savoir qu'on donne le nom de diazoïques aux combinaisons résultant de l'action de l'acide nitreux sur les substances amidées. Toutes les combinaisons diazoïques ont une affinité particulière pour les corps de la série aromatique. Or, depuis

1. BERNHEIM. — *Clinique médicale*, 1877.

2. LEBON. — Thèse de Nancy, 1884.

Peter Griesse, on sait que l'acide sulfanilique est transformé par l'acide nitrique naissant en une combinaison diazoïque, le sulfodiazobenzol. Ehrlich profita de cette propriété pour chercher si les urines de l'homme à l'état de santé comme à l'état de maladie, ne renfermaient pas des substances capables de se combiner avec le sulfodiazobenzol, pour former des corps colorants. On sait en effet que les urines contiennent certains corps aromatiques, particulièrement des dérivés de la tyrosine.

Les recherches d'Ehrlich furent d'emblée couronnées de succès, car les urines recueillies dans certains états pathologiques bien définis se différenciaient des urines normales par une belle coloration rouge.

La technique à suivre est la suivante : Deux solutions sont préparées d'avance. En voici les formules réduites.

La solution A contient :

Eau distillée.	100 gr.
Acide chlorhydrique, chimiquement pur	5 gr.
Acide sulfanilique	Q. S. ad sativum.

La solution B renferme :

Eau distillée	100 gr.
Nitrite de sodium	0,50.

Le réactif définitif est formé de

50 cc. de la solution A,
1 cc. de la solution B.

En dernier lieu, on verse dans un tube à essai une égale quantité d'urine et du réactif, puis on ajoute une goutte d'ammoniaque pour rendre le mélange alcalin et déceler la réaction.

Si l'on vient à agiter le tube à essai on voit se former une mousse abondante colorée en rose ou en rouge. Dans ces conditions, on peut affirmer la diazoreaction. Son intensité est difficile à mesurer, mais avec quelque habitude on arrive à

différencier les nuances de coloration. Ehrlich a proposé de les représenter par les symboles suivants :

- a) R^3 teinte rouge écarlate ;
- b) R^2 teinte intermédiaire entre a) et c) ;
- c) R^1 teinte rouge vermillon ;
- d) R_μ teinte rouge orangé.

La diazoréaction a été décelée dans nombre d'états morbides, tels que la pneumonie, la tuberculose et, surtout, la fièvre typhoïde, où elle peut être considérée comme constante. C'est ce caractère qui nous a déterminé à rechercher cette réaction chromophile dans tous les états pathologiques que nous présentons, aujourd'hui, sous le nom de fièvre typhoïde abortive. Nous savons, en effet, que la diazoréaction a toujours fait défaut dans l'embarras gastrique fébrile, qu'on aurait pu nous reprocher de n'avoir pas discuté dans nos observations. Nous reviendrons, du reste, sur ce point, en traitant du diagnostic différentiel de l'affection qui nous occupe. Pour le moment, rappelons les résultats que nous avons obtenus en appliquant la méthode d'Ehrlich.

Son intensité, moyenne au début (elle n'a jamais dépassé R^2), a suivi les oscillations de la température, s'accroissant ou diminuant avec elle. En revanche, nous n'avons pu établir aucun rapport entre la réaction d'Ehrlich et le séro-diagnostic. Ce dernier restait souvent positif avec une agglutination quelquefois très forte, alors que la diazoréaction donnait R_μ ou R_μ . Ces résultats ne doivent pas nous étonner, car il s'agit de deux méthodes bien différentes. La réaction de Widal n'ayant d'autre but que de dépister l'infection typhique, et non d'en déterminer le degré, ainsi qu'on peut l'attendre de la réaction d'Ehrlich.

Pour nous, nous avons voulu simplement profiter d'un nouveau moyen de contrôle pour affirmer davantage nos recherches sur la fièvre typhoïde abortive.

A ce point de vue, les symptômes locaux que nous venons

d'énumérer ne suffisent pas à caractériser la nature de l'infection des cas analogues à ceux que nous présentons.

Si on les compare, en effet, à ceux de la forme commune, on voit qu'ils sont seulement moins accentués, les uns ou les autres pouvant, du reste, faire complètement défaut.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux, si on ne tient pas compte de la température, sont susceptibles de la même remarque. Ce sont ceux de la fièvre commune, moins l'intensité. Peu ou pas de réaction générale et facies sans ressemblance aucune avec celui qu'on observe dans la fièvre typhoïde confirmée.

L'insomnie, quelquefois même l'agitation et le délire marquent la période d'état (Obs. VII), mais c'est surtout de céphalalgie et de courbature que se plaignent les malades. Au reste, ces symptômes généraux pourraient passer inaperçus sans la fièvre qui les accompagne. C'est qu'en effet la marche de la température domine toute la symptomatologie.

Température. — Elle s'élève très rapidement dans les premiers jours de la maladie à 39° et au-dessus et atteint son maximum à des dates très variables. en général vers le septième jour. Dans une de nos observations (Obs. I), elle atteint 41° au huitième jour. Sur 80 cas observés par M. Letulle, deux fois seulement ce chiffre a été atteint; 57 fois on a noté 40° et 40°,5. Ce sont à peu près les températures de la forme commune avec seulement une différence dans la durée, car l'acmé se prolonge un, deux, ou trois jours au plus, puis la défervescence commence.

Elle peut se faire brusquement (Obs. III et V), rapidement (Obs. I et IV), ou lentement (Obs. II). Dans le premier cas, elle s'accompagne le plus souvent de décharge urinaire ou de crise sudorale. La défervescence peut enfin se faire sans caractère dominant (Obs. VI) ou s'achever seulement au cours de la convalescence (Obs. VII, VIII et IX).

Pouls. — Le pouls a été pris régulièrement dans notre observation II. Il a présenté la plupart des caractères déjà signalés par nos prédécesseurs. Ses irrégularités ont été assez marquées, le nombre de pulsations s'élevant à 104 dans les premiers jours, pour tomber à 72 le quinzième jour au moment de la convalescence. Quelquefois cependant la marche du pouls est parallèle à celle de la température. Le dicrotisme a été également signalé par Guéneau de Mussy¹.

Marche de la maladie. — L'incubation difficile à surprendre a paru se faire rapidement dans la plupart des cas ; elle est suivie d'une période prodromique pendant laquelle le malade, encore sans fièvre, accuse seulement comme dans la forme commune un peu de lassitude et d'inappétence. Rarement apparaît une épistaxis. Ces prodromes passent du reste souvent inaperçus, car les malades se présentent presque toujours dans les hôpitaux arrivés à la période d'état. Les renseignements qu'ils fournissent alors ne peuvent s'appliquer qu'au début de la maladie. Rarement ce début est brusque, ainsi que l'avaient d'abord décrit Bernheim² et Lebon³ à l'exemple des Allemands et de Weil⁴ en particulier. Letulle sur ses quatre-vingts observations a seulement noté cinq débuts brusques. Les cas que nous avons observés témoignent également d'un début lent plus souvent marqué par de la somnolence, de la diarrhée ou de la constipation, des vomissements et des vertiges.

Une fois, la maladie a commencé par une angine (Obs. II).

En résumé, rien dans le début de la maladie, abstraction faite de la marche de la température, n'offre de particularité importante.

1. GUÉNEAU DE MUSSY — *Clinique médicale*, t. III

2. BERNHEIM. — *Loc. cit.*

3. LEBON. — *Loc. cit.*

4. WEIL. — *Zür Patholog. und Therap. des Typhus abdom.* Leipsig, 1885.

La période d'état qui lui fait suite est constituée par l'ensemble des symptômes que nous avons passés en revue, en étudiant les réactions des divers appareils. Nous rappellerons donc seulement que cette période, pas plus que la précédente, n'offre rien de particulier si on ne tient pas compte de la marche de la température, du pouls, et surtout des résultats fournis par la séro-réaction et le réactif d'Ehrlich.

La guérison est la terminaison habituelle de la fièvre typhoïde abortive. Le retour à la santé se fait progressivement dans presque tous les cas (40 fois sur 52 cas dans la statistique de Bernheim). Des phénomènes critiques, sueurs profuses, polyurie, peuvent l'accompagner. M. Robin a même observé une élimination plus rapide des matériaux solides de l'urine. Nos observations personnelles témoignent d'une convalescence assez prolongée, avec quelquefois, sans cause appréciable, une élévation brusque de la température durant 24 ou 48 heures. Faut-il en chercher la cause dans une légère faute d'alimentation ou, comme on l'a soutenu, dans une sorte d'habitude prise par les centres thermiques, de fabriquer des substances thermogènes ? Il suffit d'attirer l'attention sur ce point pour empêcher qu'on ne soit porté à croire à un retour offensif de la maladie ou à l'apparition de quelque complication.

Complications. — Nos prédécesseurs ont signalé des accidents divers survenus pendant la convalescence de la fièvre abortive. Ils sont très variés et peuvent atteindre les divers appareils. Nous rappellerons une ulcération aphteuse développée sur le pilier antérieur gauche du voile du palais (Lorain), une otite moyenne unilatérale chez un enfant, des panaris et des éruptions furonculeuses, un cas de néphrite typhoïdique, 2 cas d'ictère (Weil ¹). L'hémorragie intestinale

1. WEIL. — *Loc. cit.*

a été signalée par Lebon au moment de la défervescence, ce qui tendrait à accréditer l'opinion de Trousseau sur la valeur pronostique de cet accident. Nous devons mentionner aussi l'artérite de la fémorale sans gangrène consécutive, observée par Vulpian.

Enfin, il est une complication qu'on ne peut prévoir. C'est la rechute. Peut-être seule, l'épreuve de la diazoréaction pourrait-elle avertir du retour offensif de la maladie, ainsi que nous avons été appelé à le constater au cours de la forme commune de la fièvre typhoïde.

Dans tous les cas, la rechute de la fièvre typhoïde abortive est rare. Letulle la signale 6 fois sur 80 observations. Elle s'était montrée légère " abortive elle-même " ajoute-t-il. Néanmoins elle peut être grave et se termine par la mort.

Pronostic. — Tout en tenant compte de ces cas graves et mortels, il reste favorable. La seule difficulté est de le poser au début de la maladie. La réaction de Widal, qui nous fournit des renseignements si précieux au point de vue du diagnostic, ne semble pas pouvoir, ne semble pas devoir servir à la discussion du pronostic comme nous le montrerons plus loin.

Anatomie pathologique. — Faute de documents, nous ne pouvons que transcrire ici les résultats des observations de nos prédécesseurs. Encore s'agissait-il probablement, dans les cas publiés avec autopsie, de formes graves ayant débuté avec les allures de fièvre typhoïde abortive.

Un médecin militaire, M. le D^r Daga, cité par Bourgeois ¹ a été témoin trois fois de cette marche insidieuse. A l'autopsie, on a retrouvé du gonflement et des ulcérations des plaques de Peyer dans l'intestin grêle, au siège habituel de ces lésions, c'est-à-dire au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Pour les

1. BOURGEOIS. — *Loc. cit.*

formes écourtées, suivies de guérison, Griesinger ¹, Laveran ² et Jaccoud ³, admettent que les lésions profondes des organes n'ont pas le temps de se produire. Dans tous les cas, elles seraient très limitées. Certains auteurs cependant ont prétendu que les lésions étaient autres que celles de la fièvre typhoïde ordinaire. M. le Professeur Potain ⁴ réfute leur opinion par des arguments tirés du simple raisonnement : « La maladie étant la même, et de causes identiquement semblables, le résultat d'une intoxication de même nature, les symptômes étant aussi les mêmes, les lésions anatomiques ne présentent de différence que dans leur développement. »

Ainsi la description que nous venons de donner de la maladie qui nous occupe, n'est que la répétition, à quelques signes près, de celle que nous avons rencontrée chez les auteurs depuis Griesinger. Elle a suffi jusqu'à nos jours à caractériser la nature de l'affection. Mais depuis les conquêtes de la bactériologie, on est en droit d'exiger plus et de demander au microscope la preuve des théories qu'on avance quand il s'agit surtout d'une maladie aussi bien connue que la fièvre typhoïde. C'est pour satisfaire à ces exigences que M. le Professeur Chantemesse ⁵ essaya en 1889, au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde, de cultiver le sang de cinq malades choisis parmi ceux qui présentaient au plus haut degré les signes de la forme abortive. Le sang fut puisé dans la rate, c'est-à-dire dans un organe qui devait renfermer *à priori* un grand nombre de bacilles d'Eberth, puisqu'il est atteint un des premiers dans la forme commune. Néanmoins toutes les cultures restèrent stériles.

1. GRIESINGER. — *Traité des maladies infectieuses*. Trad. Lemattre. Paris, 1868.

2. LAVERAN. — *De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde*. (*Archives générales de médecine*, 1870).

3. JACCOUD. — *Clinique de la Charité*, Paris, 1867.

4. POTAIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1880. *Fièvres typhoïdes atténuées*.

5. CHANTEMESSE. — *La fièvre typhoïde, l'embarras gastrique fébrile et la distribution d'eau de Seine à Paris*. *Semaine médicale*, 10 nov. 1889.

Aujourd'hui nous sommes en mesure de fournir la démonstration qui manquait hier, grâce au contrôle de la réaction de Widal. On ne cherche plus le bacille d'Eberth dans le sang des malades, mais la façon dont se comporte leur sérum mis en présence d'une culture récente de ces mêmes bacilles. La valeur de cette méthode est maintenant presque unanimement reconnue. Nous pouvons donc à l'aide des résultats qu'elle nous a fournis, affirmer la nature de l'infection par le bacille d'Eberth dans les pyrexies dites fièvres typhoïdes abortives.

Notre intention n'est pas de refaire ici l'histoire du séro-diagnostic, pour l'étude duquel nous renvoyons au commentaire de MM. Widal et Sicard ¹; nous reviendrons seulement pour la vulgariser encore davantage s'il se peut, sur la technique que nous avons employée pour observer la réaction agglutinante, c'est le procédé dit "extemporané".

Pour obtenir le sérum à examiner, on pique avec une lancette la pulpe d'un doigt préalablement aseptisé. Par expression, on recueille quelques gouttes de sang dans un tube à essai et on laisse reposer pour obtenir la séparation du sérum et du caillot. D'autre part, il faut posséder une culture récente en bouillon du bacille d'Eberth; on en examine une goutte entre lame et lamelle afin d'être sûr qu'elle ne présente pas de faux amas comme il arrive quelquefois. C'est ce qu'on appelle la préparation témoin. Dans ces conditions, il ne reste plus qu'à mélanger une goutte de sérum à dix gouttes de la culture pour rechercher l'agglutination.

Quand on veut, comme nous l'avons fait pour la plupart de nos observations, mesurer le pouvoir agglutinatif il faut opérer avec des gouttes de sérum et de culture aussi égales que possible. Pour ce faire, M. Widal conseille de se servir de tubes de verre étirés à la lampe par leur partie moyenne, et qu'on brise au milieu de l'effilure, au moment de les utiliser. On

1. WIDAL et SICARD. — *Annales de l'Institut Pasteur*. Mai 1897.

obtient ainsi des gouttes de sérum et de culture suffisamment égales qu'on mélange dans la proportion d'une à dix, vingt, trente, cinquante, etc. La séro-réaction est d'autant plus intense qu'elle s'éloigne davantage du premier de ces rapports. Elle est très faible quand elle est inférieure à 1 p. 100 ; faible, de 1 p. 100 à 1 p. 200 ; moyenne, de 1 p. 200 à 1 p. 500 ; très forte, de 1 p. 500 à 1 p. 2000. Il arrive un moment où l'agglutination ne se produit plus, la limite du pouvoir agglutinatif est alors atteinte. Ainsi, comme le fait remarquer M. Widal « rien n'est donc plus simple que de recueillir du sang qui doit être examiné par le procédé extemporané. Un praticien peut toujours avoir à sa disposition un tube de verre qu'il passe à la flamme d'une lampe à alcool, un bouchon qu'il fait bouillir, et envoyer en toute sécurité dans un laboratoire, pour être examiné par le procédé extemporané, le sang recueilli après lavage antiseptique du doigt. Le sérum doit toujours être recueilli aussi purement que possible, mais, si des fautes d'asepsie ont été commises, il peut se conserver plusieurs jours à la température de la chambre, même impur, sans que le résultat de l'examen extemporané puisse être troublé..... Le sang peut donc être adressé à un bactériologiste pour le séro-diagnostic, aussi facilement qu'un crachat de tuberculeux pour la recherche du bacille. » (Annales de l'Institut Pasteur 1897.)

En terminant l'étude à laquelle nous empruntons cette citation, l'auteur signale les cas dans lesquels il a pu mesurer à différentes reprises le pouvoir agglutinatif du sérum pendant la maladie, la rechute ou la convalescence. Deux de ces cas se rapportent à des fièvres typhoïdes du type abortif. Qu'on nous permette de les rapporter pour les rapprocher de ceux que nous avons observés.

I. — Fièvre typhoïde très bénigne du type abortif: quinze jours de durée. Le pouvoir agglutinatif mesuré seulement pendant la convalescence était très faible :

Cinquième jour de l'apyrexie	1 p. 80
Dix-septième jour de l'apyrexie	1 p. 20

II. — Fièvre typhoïde légère, abortive chez une jeune fille. La fièvre n'avait duré que quelques jours. Le pouvoir agglutinatif du sérum mesuré une fois seulement, pendant la convalescence, était de 1 p. 200.

Ajoutons à ces deux observations celle publiée dans la thèse de Rivier ¹.

Fièvre typhoïde très légère, chez un enfant de 11 ans. Taches rosées lenticulaires, diarrhée, mais état général très bon. La défervescence apparaît au cours de la deuxième semaine. La diazoréaction est assez marquée et persiste pendant quatre jours. Le séro-diagnostic est positif. La mensuration n'a pas été faite.

Cette observation porte à trois le nombre de celles dans lesquelles le séro-diagnostic est venu confirmer les signes fournis par l'évolution clinique.

Voyons rapidement quelles données nous sont fournies par les observations que nous rapportons.

Obs. I. — Le séro-diagnostic pratiqué au sixième jour est positif. La mensuration du pouvoir agglutinatif n'a pas été faite.

Obs. II. — Mesures du pouvoir agglutinatif :

A la période d'état	1 p. 300
A la période d'apyrexie.	1 p. 50
Pendant la convalescence	1 p. 50

Obs. III. — Séro-diagnostic positif au septième jour :

Période d'état	1 p. 20
--------------------------	---------

Obs. IV. A la période d'état

Au moment de la défervescence	1 p. 20
Pendant la convalescence	1 p. 40

1. RIVIER. — Thèse de Paris, 1898.

Obs. V. A la période d'état 1 p. 10

Pendant la convalescence 1 p. 10

Obs. VI. A la période d'état 1 p. 30

Au moment de l'apyrexie 1 p. 50

Pendant la convalescence 1 p. 50

Obs. VII. A la période d'état 1 p. 300

Pendant la défervescence 1 p. 150

Pendant la convalescence 1 p. 200

» » 1 p. 300

» » 1 p. 200

Obs. VIII. — Fièvre typhoïde à forme d'embarras gastrique à défervescence lente.

A la période d'état 1 p. 150

Pendant la défervescence 1 p. 100

» » 1 p. 30

» » 1 p. 30

» » 1 p. 30

Obs. IX. — Fièvre typhoïde à forme d'embarras gastrique à défervescence lente.

A la période d'état 1 p. 100

» » 1 p. 300

Pendant la défervescence 1 p. 400

Pendant l'apyrexie 1 p. 400

De ces mensurations découlent les données suivantes :

1° La séro-réaction n'a jamais fait défaut chez les malades arrivés à la période d'état, ainsi qu'ils se présentent la plupart du temps quand on est appelé à les examiner.

2° L'intensité du pouvoir agglutinatif a été inférieure à 1 p. 100, c'est-à-dire *très faible* dans 4 cas (Obs. III, IV, V, VI.)

3° Dans un cas (Obs. VIII) la mensuration nous a donné

une faible agglutination comprise entre 1 p. 100 et 1 p. 200.

4^e Dans 3 cas enfin (Obs. II, VII, IX) la séro-réaction a été de *moyenne intensité* sans atteindre cependant 1 p. 500. Ajoutons que dans un seul cas (Obs. II) la réaction a été en diminuant d'intensité de la période d'état à la convalescence. Une seule fois (Obs. V) elle est restée la même pendant toute la durée de la maladie. Dans tous les autres cas, l'intensité du pouvoir agglutinatif a varié d'un moment à l'autre pouvant même au déclin de la maladie dépasser le chiffre de la première mensuration pratiquée à la période d'état.

Les résultats de ces mensurations nous montrent qu'on ne peut pas les utiliser pour tirer des indications au point de vue du pronostic des formes abortives, comme l'avait espéré M. Courmont¹. On ne saurait de même les envisager comme l'expression d'une réaction de défense de l'organisme, envahi par le bacille d'Eberth.

On peut seulement dire que la réaction agglutinante se fait pour chaque individu suivant une sorte d'idiosynchrasié qui ne permet pas de prévoir la fin de la maladie.

Voici les deux conclusions qui découlent de la séro-réaction appliquée à nos observations.

La première, c'est qu'il faut bien reconnaître comme de nature typhoïde les pyrexies abortives que nous avons étudiées plus haut.

La deuxième, c'est qu'il sera toujours possible désormais de les différencier d'un certain nombre d'états morbides à évolution analogue, dont il fallait jadis discuter le diagnostic différentiel.

Nous allons, du reste, montrer les services rendus par la séro-réaction au point de vue du diagnostic, en passant maintenant en revue les diverses affections avec lesquelles on pouvait autrefois confondre la fièvre typhoïde abortive.

1. COURMONT Paul. — *Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.* Société de biologie, 25 juillet 1896.

Diagnostic différentiel. — Dans l'étude que nous avons faite des symptômes de la fièvre typhoïde abortive, nous n'avons rencontré aucun signe pathognomonique de l'infection par le bacille d'Eberth. Seules les oscillations ascendantes de la température à la période du début ont pu permettre à M. le professeur Jaccoud de soupçonner la nature de la maladie en évolution. Mais nous savons qu'on assiste rarement, à l'hôpital du moins, à la période de début de la maladie. Le plus souvent, l'ensemble des symptômes donne seulement à l'observateur l'impression d'une maladie aiguë fébrile qu'on peut confondre avec *l'embarras gastrique fébrile* dont les traits de ressemblance avec la fièvre typhoïde abortive sont plus communs que les signes différentiels.

Tel est l'aspect du malade dont le facies traduit l'abattement plutôt que la stupeur, les symptômes généraux se résumant en courbature, lassitude, inappétence, céphalalgie avec ou sans épistaxis. L'apparition des taches rosées pourrait servir au diagnostic, mais souvent des exanthèmes ont été signalés au cours du catarrhe aigu de l'intestin. Quant à la marche de la température, elle ne peut servir qu'à faire un diagnostic rétrospectif, car il faut attendre l'apparition de la défervescence. Celle-ci du reste ne se fait pas toujours d'une façon brusque.

Les symptômes locaux ne permettent pas davantage de préciser le diagnostic. La langue révèle seulement un état saburral très accentué; le ventre peut être douloureux, ballonné et la diarrhée aussi fréquente que la constipation. Peut-être les symptômes gastriques sont plus accentués dans le catarrhe aigu de l'intestin; peut-être aussi l'apparition de vésicules d'herpès permettaient-elles d'exclure l'infection par le bacille d'Eberth qu'on pouvait aussi, a-t-on dit, reconnaître « au défaut de parallélisme entre le pouls et la température. » (Letulle.) Mais ce caractère ne se retrouve guère que dans les formes graves de la dothiënenterie.

En présence d'une pyrexie évoluant au milieu de symptômes

aussi peu accentués que ceux que nous venons d'indiquer, il paraissait donc à peu près impossible autrefois de se prononcer en faveur de telle ou telle des deux maladies que nous comparons. Cependant nous n'avons pas besoin d'insister sur l'intérêt du médecin à être fixé dans ces cas embarrassants, car de son jugement dépend peut-être le sort de son malade. On a vu en effet se terminer par perforation intestinale des fièvres typhoïdes ayant débuté avec toutes les apparences d'un embarras gastrique fébrile. En même temps que le traitement, la prophylaxie de la fièvre typhoïde devait gagner aussi à la conception nette et précise de l'embarras gastrique fébrile et de la fièvre typhoïde abortive. Ces deux raisons expliquent les nombreuses discussions des pyrexologistes au sujet des fièvres gastriques. Hippocrate parle déjà de la synoque et Galien la range dans le groupe des fièvres putrides. Les travaux de Prost, Petit, Serres, Bretonneau, Louis, la font dériver de la fièvre typhoïde. Forget, Trousseau, Andral, la décrivent comme forme légère de dothienterie.

Broussais considère la synoque comme une forme de gastro-entérite. Littré, puis M. le professeur Jaccoud, soutiennent qu'il s'agit non d'une maladie générale, mais d'une inflammation de la muqueuse gastrique. En Allemagne et en Angleterre, on assimile les synoques aux fébricules typhoïdes. En France, les médecins militaires, et parmi eux MM. Kelsch et Kiener surtout, ont étudié de façon toute spéciale les rapports de la fièvre gastrique avec la fièvre typhoïde. Ils se sont prononcés pour la presque absolue identité des deux pyrexies. C'est que toutes les raisons possibles militaient en faveur de cette assimilation dont nous apportons aujourd'hui une preuve au moyen de la séro-réaction.

Chaque fois que le diagnostic hésitera donc entre embarras gastrique et fièvre typhoïde, c'est à la réaction Widal qu'il faudra s'adresser en suivant les règles de technique que nous avons exposées. Rappelons en effet, d'après l'auteur même de la découverte, qu'une réaction positive est un signe certain

de fièvre typhoïde. Enfin on ajouterait encore à la certitude du diagnostic en cherchant la réaction d'Ehrlich qui ne s'est jamais montrée dans l'embarras gastrique fébrile.

Il sera plus facile, avant même d'avoir recours à la réaction agglutinante de distinguer la fièvre typhoïde abortive de la *fièvre de croissance*. Si dans cette affection, en effet, l'aspect du malade fait penser à la fièvre typhoïde abortive, on se rappellera que, dans la maladie décrite par Bouilly, la fièvre est brusquement élevée et que les douleurs sont très vives au niveau des épiphyses, celles du tibia, du fémur, de l'humérus, étant le plus souvent atteintes.

La fièvre de la syphilis peut rappeler le début de la fièvre abortive, mais on s'aperçoit bientôt que l'appétit du malade est conservé, et que l'appareil digestif fonctionne normalement. Au reste, l'apparition des accidents secondaires ne tarderait pas à lever tous les doutes.

C'est avec la grippe à forme gastro-intestinale qu'on peut confondre aussi la fièvre typhoïde abortive. On ne sera plus obligé, comme autrefois, d'attendre l'apparition des taches rosées lenticulaires pour se prononcer, car la séro-réaction permettra d'affirmer le diagnostic souvent difficile en pareil cas.

La néphrite aiguë peut-elle simuler une fièvre typhoïde abortive ? Nous ne le pensons pas, car la réaction générale est trop intense dans la néphrite pour qu'on puisse hésiter à se prononcer.

Chez l'enfant, on peut être appelé à discuter le diagnostic de *méningite*, à la période prodromique de cette affection. L'abattement, la céphalalgie, les vomissements sont, en effet, des signes assez fréquents dans l'infection méningée par le bacille de Koch, pour qu'on y puisse songer. On n'attendra donc pas la période d'excitation pour se prononcer, si l'on veut bien faire le séro-diagnostic, en se rappelant qu'il y a des méningites dues au bacille d'Eberth.

L'otite aiguë offre une douleur trop localisée pour qu'on

puisse s'attarder longtemps aux symptômes généraux qui l'accompagnent et qui peuvent rappeler ceux de la typhoïdette.

Enfin les diverses formes du délire permettront le plus souvent de reconnaître *la manie aiguë et la lypémanie* au milieu des symptômes qui, dans leur ensemble pourraient faire songer à la fébricule abortive.

On jugerait en dernier ressort dans ces divers cas, quelquefois très embarrassants, au moyen de la séro-réaction.

Etiologie et pathogénie. — Pourquoi une fièvre typhoïde avorte-t-elle et quelles sont les conditions qui favorisent cette évolution? Deux questions auxquelles la théorie seule peut répondre.

Certains ont invoqué l'influence d'un traitement plus ou moins spécifique de la fièvre typhoïde, permettant d'arrêter court la maladie. Mais nous savons que le meilleur traitement ne peut avoir d'autre résultat et d'autre but que celui de laisser évoluer la maladie avec le minimum de réaction pour l'organisme atteint. Il ne peut donc y avoir de traitement abortif de la dothiententerie.

Plus scientifiques sont les opinions qui font intervenir l'état du malade et la maladie elle-même. Ce serait cependant ouvrir un chapitre entier de pathologie générale que de vouloir résumer toutes ces opinions. Contentons-nous de remarquer que la fièvre typhoïde abortive se rencontrant très souvent chez l'enfant, la notion de l'âge offre quelque intérêt. De même l'acclimatement, car on sait avec combien peu de ménagements sont traités par la fièvre typhoïde les adultes arrivant de province à Paris. Une dernière remarque doit être faite au sujet du caractère des épidémies qui accompagnent la forme abortive. Elles sont généralement bénignes et tendraient à faire croire à l'atténuation du virus. C'est du moins une hypothèse qu'a paru contrôler la mensuration du pouvoir agglutinatif au cours de nos observations. L'agglutination s'est en effet toujours montrée relativement faible. Néanmoins on ne doit pas oublier que la

fièvre typhoïde abortive a coïncidé souvent avec des épidémies très meurtrières et que le séro-diagnostic ne peut servir de séro-pronostic.

Traitement. — Nous avons soutenu, en discutant les théories émises sur la pathogénie de la fièvre typhoïde abortive, qu'aucun traitement ne pouvait prétendre à rendre abortive une forme commune, dans quelque condition qu'elle se présente. Est-ce à dire qu'on devra laisser évoluer ces fièvres sans les traiter? Ce serait, à coup sûr, téméraire, car si l'ensemble des symptômes semble indiquer, au début, une terminaison rapide et favorable, les quelques cas de mort signalés et le nombre des rechutes graves suffiraient à mettre en garde contre une expectation trop optimiste. Aussi, faut-il agir d'autant plus vite qu'on est plus sûr de son diagnostic. On préviendra, de la sorte, toutes les complications dont on n'a pas le droit de se croire garanti, quand on est en présence d'un organisme envahi par le bacille d'Eberth, à quelque degré que ce soit.

Partis de ce principe, nous avons soumis nos malades à la balnéation froide, d'après la méthode de Brand et suivant le précepte de M. le professeur Bouchard : Bains froids, toutes les fois que la température atteint ou dépasse 38°. La désinfection de l'intestin, au moyen de lavages ou de lavements purgatifs, dans les cas de constipation ou de diarrhée abondante, nous a rendu également les plus grands services. Enfin, l'alimentation, pendant la convalescence, succédant au régime lacté de la période fébrile, a été l'objet de toute notre attention. Dans ces conditions, nous n'avons eu et nous croyons qu'on ne peut avoir que les meilleurs résultats du traitement que nous proposons.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

*Recueillie dans le service de M. Hirtz, chef de service
à l'hôpital Laënnec.*

M. B... Frédéric, âgé de seize ans, garçon laitier, entré à l'hôpital Laënnec le 4 février 1900.

Le malade habite Boulogne depuis trois mois, venant de la campagne (Rosny-sur-Seine).

Rien dans les antécédents héréditaires ni personnels.

M. B... est entré à l'hôpital avec une température déjà élevée, 40°,4 et dans un état typhoïde assez prononcé. Il disait être malade depuis trois ou quatre jours ; il avait eu en effet des épistaxis abondantes et de la diarrhée qui disparut à son arrivée dans le service.

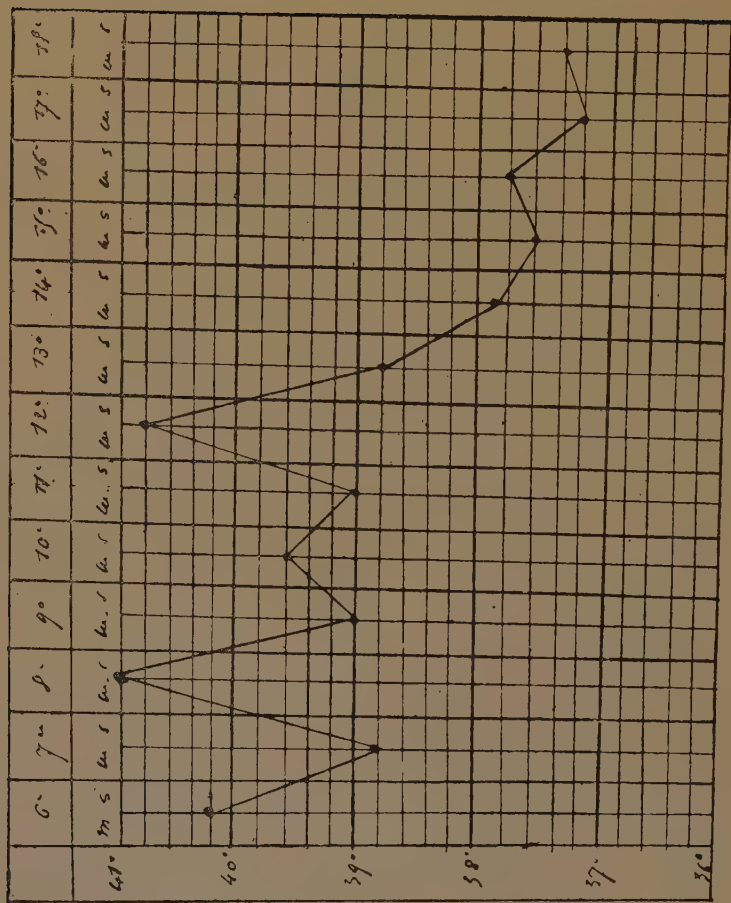
Le 4 février, le ventre était douloureux à la palpation et particulièrement la fosse iliaque droite. Pas de gargouillements. La langue sèche et rotie très sale. La rate n'était pas augmentée de volume. Le pouls était légèrement bondissant et sans dicotisme. Aux poumons, légers râles de bronchite. On fait une prise de sang et le séro-diagnostic est positif.

Le 5 février, la température est à 39°. On soumet le malade aux bains à 24°.

Le 6, le pouls est à 110, la respiration à 35 et la température monte à 41°2. Le malade, très agité, a beaucoup de délire. On donne les bains à 18° et l'on prescrit des enveloppements thoraciques froids

OBSERVATION I.

*Jours
de la maladie.*



entre chaque bain. La température, les jours suivants, oscille entre 39°2 et 39°6.

Le 10, elle remonte à 40°8. Pouls à 120. On se trouve au douzième ou treizième jour de la maladie. 5 injections de strychnine et de spartéine sont pratiquées dans la journée.

Le 12, la température descend à 38°. On cesse les bains (le malade en a eu 58).

Le 14, la température continue à descendre jusqu'aux environs de 37, où elle se maintient les jours suivants. La convalescence commence et s'établit définitivement.

Le 5 mars, le malade part pour Vincennes.

OBSERVATION II.

*Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Vidal
à la Maison municipale de Santé.*

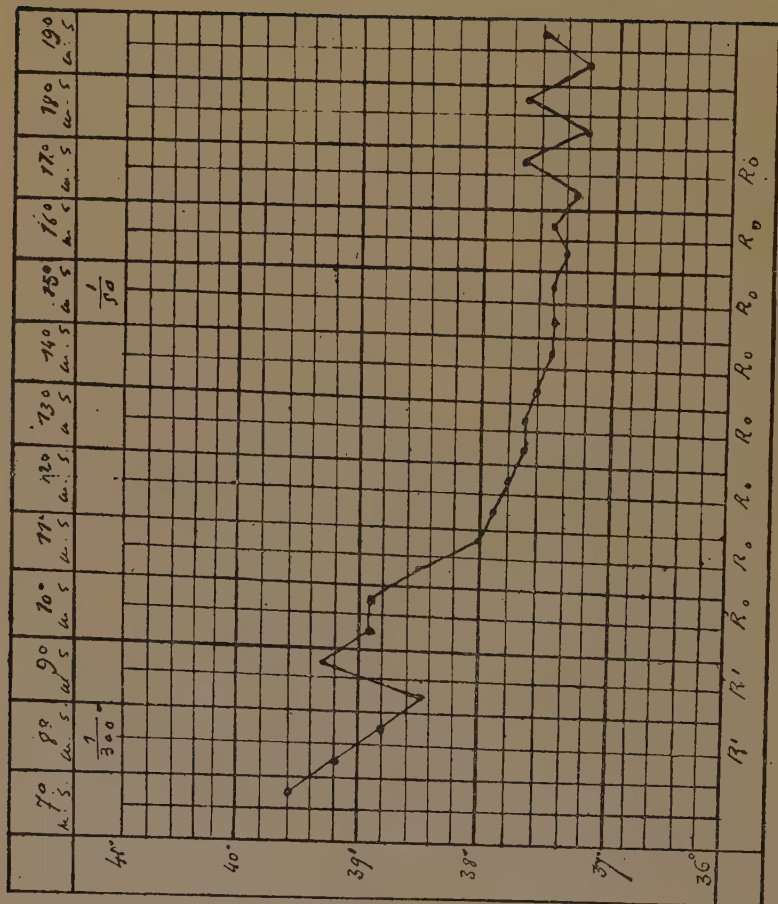
M^{lle} G..., âgée de vingt-cinq ans, entre à la Maison Dubois le 30 avril 1900.

Dans ses antécédents personnels, attaque de rhumatisme articulaire aiguë en 1898, localisée à l'articulation de l'épaule gauche. Guérison au bout de huit jours.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Huit jours environ avant son entrée dans les salles, M^{lle} G. s'est sentie malade à la suite d'une journée passée à la campagne. Elle se plaignait de mal à la gorge, accompagné d'une invincible envie de dormir. Un médecin appelé diagnostique une attaque de rhumatisme articulaire à cause probablement d'une douleur assez vive des genoux. Il prescrit du salicylate de soude. Les jours suivants, aux symptômes précédents s'ajoutent une céphalalgie intense et un état fébrile très accentué. Un second médecin songe à la fièvre typhoïde et conseille à la malade d'entrer à la Maison Dubois.

Examen le 30 avril, au septième jour environ de la maladie. La malade est dans un état de stupeur assez marqué, mais elle n'accuse aucune douleur et se sent seulement un peu faible. La langue est saburrale, rouge sur les bords. Pas de nausées ni de vomissement. Pas de constipation. Le ventre est souple et présente du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées lenticulaires. Du côté de l'appareil respiratoire on note un peu de toux, mais sans expectoration ni dyspnée. Quelques râles fins de congestion disséminés dans les deux poumons. Rien au cœur.

OBSERVATION II.

Jours
de la maladie.Pouvoir
agglutinatif.Réaction
d'Ehrlich.

Urines peu abondantes mais sans albumine. Temp. le 30 avril, le soir à l'entrée 39°,6.

Le 1^{er} mai, même état général. Urines plus abondantes, 500 gr. au lieu de 100 gr. Elles donnent R₁ à la diazo-réaction. Prise de sang ce même jour et séro-réaction égale à 1/300. Pouls à 90. Temp. 39,2 matin; 38,8 soir.

Le 2, aucune modification dans l'état des organes. Urines, 700 gr. Réaction d'Ehrlich = R₁. Pouls à 100. Temp. 38,4 matin; 39,3 soir.

Le 3, la malade accuse un peu de mieux, mais elle conserve encore un peu de stupeur. Urines, 700 gr. Réaction d'Ehrlich = R_μ. Pouls à 104. Temp. 38,9 matin; 38,9 soir.

Le 4, bon état général. Urines, 1000 gr. Diazo-réaction négative. Pouls à 88. Temp. 38,5 matin; 38 soir.

Le 5, l'amélioration continue et la défervescence s'accroît. Urines, 2000 gr. Diazo-réaction négative. Pouls à 76. Temp. 37,9 matin; 37,8 soir.

Le 6, bon état général. Urines, 700 gr. Diazo-réaction négative. Pouls à 76. Temp. 37,7 matin; 37,7 soir. A partir de ce jour la température oscille aux environs de 37 et se maintient à ce degré pendant toute la durée de la convalescence, très rapide.

Le séro-diagnostic refait le 49 mai a donné 1/100 de pouvoir agglutinatif. La diazo-réaction a continué à être négative et les urines se sont maintenues au taux de 3000 gr.

Enfin, la courbe du pouls a subi des oscillations pendant la convalescence mais s'est maintenue à 82 depuis le 49 mai jusqu'à la sortie de la malade, le 29 mai.

OBSERVATION III.

*Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Chauffard,
à l'hôpital Cochin.*

M. F... Jean, âgé de quarante-deux ans, peintre en bâtiments, entre le 26 février 1900, à l'hôpital Cochin.

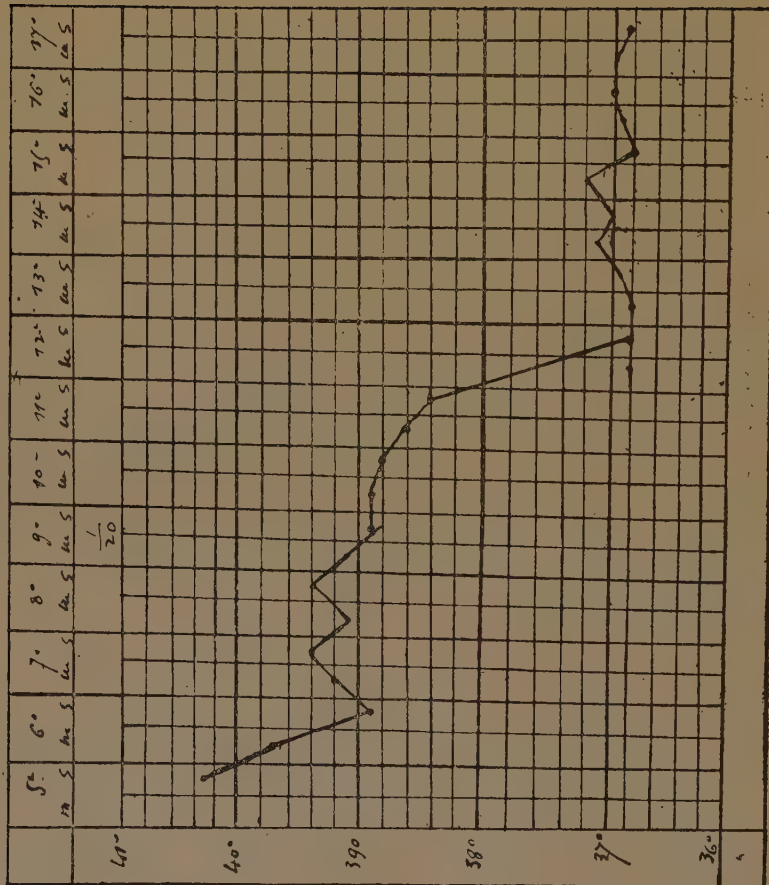
Son père est mort à 47 ans de la fièvre typhoïde contractée à Rennes.

Le malade, peintre en bâtiments depuis 25 ans a eu en 1889 un accès de colique de plomb de moyenne intensité.

On note encore dans ses antécédents personnels une blennorrhagie sans complications en 1891.

Depuis lors, sa santé était bonne, quand le 21 février il éprouva de

OBSERVATION III.



Jours de la maladie.
Pouvoir agglutinant.

violents maux de tête accompagnés d'éblouissements et de courbature générale. Pas d'épistaxis.

A son entrée, le 26, la langue est saburrale; le ventre est ballonné avec gargouillements dans la fosse iliaque droite. Diarrhée assez abondante donnant lieu à cinq selles par jour colorées en jaune. Pas de taches rosées lenticulaires. Foie normal. Pas d'hypertrophie de la rate. Aux poumons, quelques râles de bronchite disséminés. Cœur normal. Temp. 40,5 soir.

Le 27, état général stationnaire, mais la température baisse. Temp. 39,7 matin; 39 soir.

Le 28, septième jour environ de la maladie, prise de sang. La séro-réaction pratiquée par M. Lesné, interne de service, est nettement positive. Urines, 900 gr. Temp. 39,4 matin; 39,6 soir.

Le 1^{er} mars, état général un peu moins satisfaisant. Urines, 1000 gr. Temp. 39,3 matin; 39,5 soir.

Le 2, l'auscultation des poumons qui jusque-là n'avait révélé que les râles de bronchite habituels fait découvrir à la base du poumon droit un épanchement pleurétique confirmé par la ponction exploratrice. Le liquide recueilli est séro-fibrineux; son inoculation dans le péritoine du cobaye reste négative ainsi que sa culture. En revanche, la réaction de Widal est obtenue à la fois avec le sang et le liquide pleurétique. Tous deux donnent un pouvoir d'agglutination égal à 1/20. Ce jour-là, le malade urine 800 gr. Son pouls est à 110. Temp. 39,3 matin; 39 soir.

Le 3, état général satisfaisant. Poids des urines, 1000 gr. Temp. 39 matin; 38,8 soir.

Le 4, même état général. Urines, 900 gr. Temp. 38,6 matin; 38,4 soir.

Le 5, le malade se sent mieux. L'épanchement pleural diminue et la température baisse brusquement. Urines, 1800 gr. Pouls à 85. Temp. 36,8 matin; 36,8 soir.

Le 6, l'amélioration continue. Urines, 1600 gr. Temp. 36,9 matin; 37,4 soir.

Le 7, l'épanchement pleural décroît. Urines, 1600 gr. Temp. 37,2 matin; 37,4 soir.

Le 8, bon état général. Urines, 2000 gr. Temp. 36,8 matin; 37 soir.

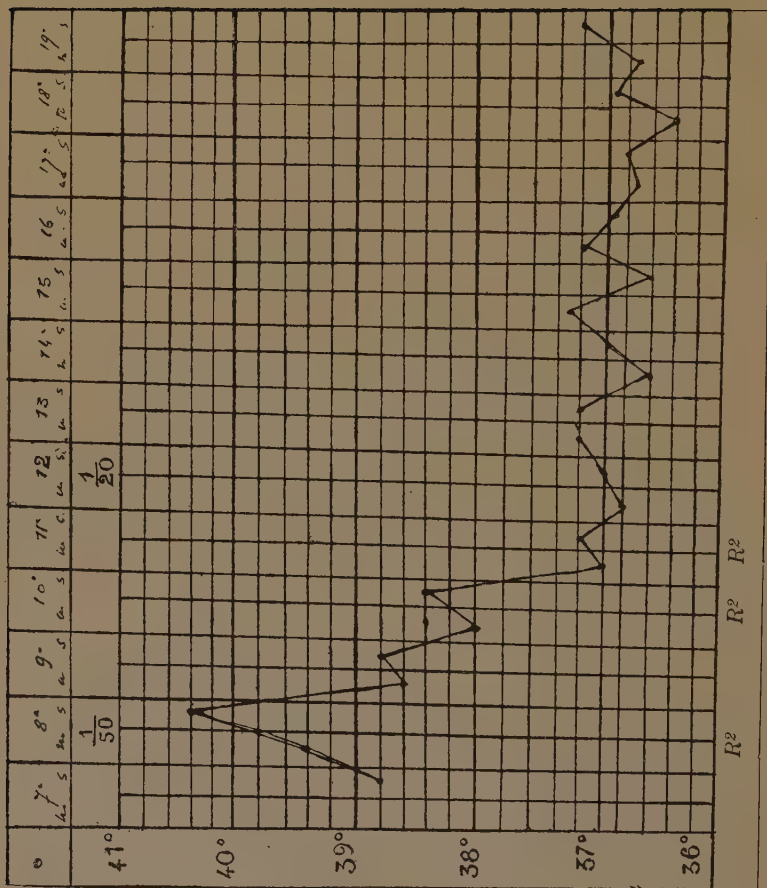
Le 9, urines, 1600 gr. Temp. 37 matin; 37,2 soir.

Le 10, l'épanchement pleural est presque totalement résorbé. Urines, 1600 gr. Temp. 37 matin; 37 soir. A partir de ce jour, la température oscille autour de 37.

Le 14, nouvelle ponction exploratrice. Le liquide recueilli ne donne pas d'agglutination et sa culture reste négative. On commence alors

OBSERVATION IV.

Jours
de la maladie.
Pouvoir
agglutinatif.



Réaction
d'Ehrlich.

à alimenter le malade et le 15, l'épanchement pleurétique étant en pleine résolution, le malade demande à sortir.

Poids des urines jusqu'au 15 : Le 11, 1800 gr. — Le 12, 2000 gr. Le 13, 2200 gr. — Le 14, 2000 gr.

OBSERVATION IV.

*Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Widal,
à la Maison municipale de Santé.*

Mademoiselle D..., âgée de vingt-trois ans, entre le 22 février 1900 à la Maison Dubois.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels, anémie depuis l'âge de 16 ans.

Depuis trois semaines, la malade souffrait de céphalées et de douleurs abdominales. Il y a huit jours, c'est-à-dire vers le 15 février, ces symptômes s'aggravèrent, accompagnés de quelques vomissements alimentaires. Cependant, pas d'épistaxis.

Le 21, Mademoiselle D... avait eu une diarrhée assez abondante et des vertiges.

Le 22, à l'examen, la langue est saburrale. Ventre souple, non ballonné, mais un peu douloureux au creux épigastrique. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées. Foie normal. Rate un peu hypertrophiée. Rien au cœur. Pouls 100. Rien aux poumons. Prise de sang et séro-diagnostic = 1/150. Urines peu abondantes. Réaction d'Ehrlich positive. Temp. 39,4 matin; 40,4 soir.

Le 23, état stationnaire. Pouls 116. La temp. est déjà moins élevée. Temp. 38,6 matin; 38,9 soir.

Le 24, la malade se sent mieux. Temp. 38 matin; 38,5 soir. Réaction d'Ehrlich positive.

Le 25, l'amélioration s'accroît. Le pouls est à 80. Temp. 37 matin; 37,2 soir. Réaction d'Ehrlich positive.

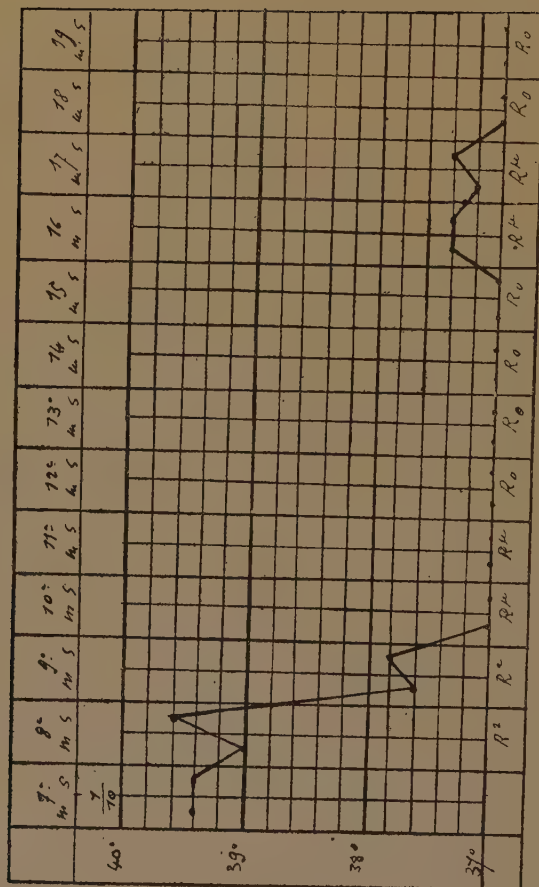
Le 26, prise de sang et séro-réaction = 1/20. Temp. 36,8 matin; 37 soir.

A partir de ce jour, la température oscille aux environs de 37, sauf du 10 au 12, où elle remonte à 38, sans qu'on puisse noter aucune complication.

Le séro-diagnostic, refait le 8, donne 1/40 de pouvoir agglutinatif.

La malade sort le 24, complètement guérie.

OBSERVATION V



Jours
de la maladie.
Pouvoir
agglutinatif.

Réaction
d'Ehrlich.

OBSERVATION V.

*Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Vidal
à la Maison municipale de Santé.*

M. G...., employé de commerce, âgé de dix-huit ans, entre à la Maison Dubois, le 26 janvier 1900.

Son père est mort de congestion cérébrale, sa mère des suites de couche et sa sœur de phthisie galopante.

Lui-même eut à deux ans des symptômes d'entérite et la coqueluche à sept ans. Depuis il n'a jamais été malade.

Le 19 janvier, M. G...., après beaucoup de fatigue à sa maison de commerce ressentit une douleur à la jambe droite. Un médecin constata deux abcès qui se terminèrent par résolution sous l'influence de pansements humides.

Le 22 janvier, M. G...., éprouva des malaises, de grandes courbatures. Il a de l'anorexie et des vertiges, mais sans épistaxis. En outre, constipation accompagnée de céphalée frontale très intense et d'insomnie tenace.

Le 26. A l'examen, la langue est saburrale; le ventre n'est pas ballonné, pas douloureux, mais on trouve un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées. Le foie est normal. La rate est un peu grosse. Rien au cœur. Le poulx fort, bat à 72 Dans les poumons quelques râles sibilants disséminés. Urines légèrement albumineuses. La température le 26 au soir est de 39,2. Prise de sang et séro-réaction positive = 1/10.

Le 27. État général satisfaisant. Réaction d'Ehrlich positive = R². Temp. 38,8 matin; 39,4 soir.

Le 28. Bon état général avec brusque défervescence. Le malade urine deux litres. Ehrlich positif = R². Poulx = 64. Temp. 37.4 matin; 37.6 soir

Le 29. La température baisse encore. Réaction d'Ehrlich positive = R_μ. Temp. 37 matin; 36.8 soir.

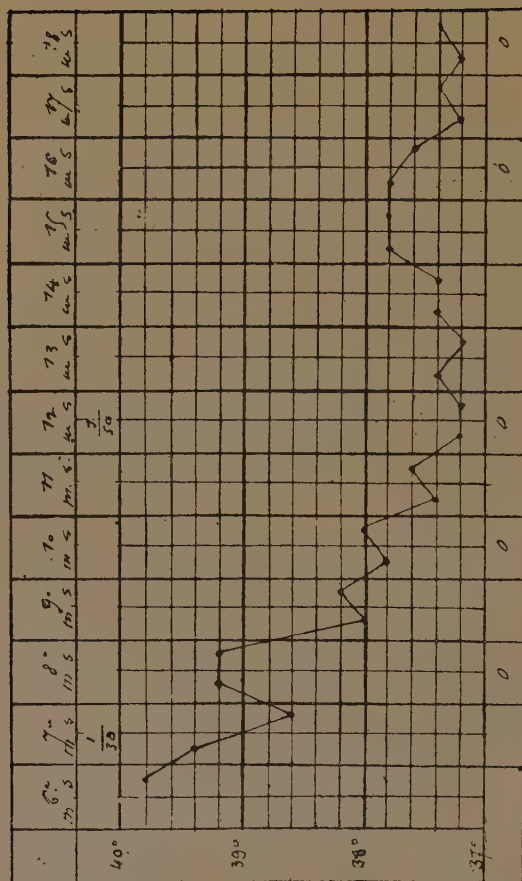
Le 30. Aucun phénomène nouveau. Ehrlich positif = R_μ. La température reste au-dessous de 37.

Le 31. Le malade émet 1.200 gr. d'urine. Ehrlich négatif. La température reste la même.

Le 1^{er}. Urines = 1.300. Ehrlich négatif. Temp. 36.8 matin; 36.8 soir.

OBSERVATION VI.

Jours
de la maladie.
Pouvoir
agglutinatif.



Réaction
d'Ehrlich.

Le 2. Urines = 2.500 gr. Ehrlich négatif. Prise de sang et séro-réaction = 1/10. — Temp. 36.8; matin; 36.8 soir.

Le 3. Urines = 700 gr. Ehrlich négatif. Temp. 36.8 matin; 36.8 soir.

Le 4. Le malade a eu des vomissements; il n'avait pris cependant qu'un litre et demi de lait. En même temps, légère ascension thermométrique. Urines = 800 gr. laissant un dépôt jaune. Ehrlich positif = R_μ. Temp. 37.4 matin; 37.4 soir.

Le 5. Urines = 500 gr. avec même dépôt. Ehrlich positif = R_μ. Temp. 37.2 matin; 37.4 soir.

Le 6. Les vomissements n'ont pas reparu. Bcn état général. Urines avec dépôt = 700 gr. Ehrlich négatif. Temp. 36.8 matin; 36.8 soir. A partir de ce jour, la température oscille aux environs de 37, sauf les 16 et 18 février où elle remonte à 38, sans cause apparente et sans qu'on puisse noter aucune complication.

Le séro-diagnostic a été refait le 10 février donnant 1/10 pour l'agglutination. Le tableau suivant donne jour par jour le poids des urines recueillies ainsi que les résultats de la réaction d'Ehrlich :

Le 7 février	1.500 gr.	dépôt jaune	Ehrlich = 0
Le 8	» 700	» » »	= R _μ
Le 9	» 1.000	» » »	= 0
Le 10	» 1.400	» » »	= 0
Le 11	» 1.000	» » »	= 0
Le 12	» 1.500	» » »	= 0
Le 13	» 800	» » »	= 0
Le 14	» 900	» » »	= 0
Le 15	» 500	» » »	= 0
Le 16	» 500 gr.	aucun dépôt	» = 0
Le 17	» 600	» » »	= 0
Le 18	» 500	» » »	= 0
Le 19	» 900	» » »	= 0
Le 20	» 1.500	» » »	= 0

OBSERVATION VI.

*Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Widal,
à la Maison municipale de Santé.*

M. M... Albert, âgé de 19 ans, de bonne santé habituelle, entre à la Maison Dubois le 2 août 1899.

A signaler seulement dans ses antécédents personnels une rougeole

à l'âge de 3 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Le 27 juillet, le malade a ressenti une vive courbature générale accompagnée de céphalée intense.

Le 29, ne se sentant pas mieux, il a dû s'aliter.

Le 30, il s'est purgé, mais la purgation est vomie sans être suivie d'aucune selle. Au contraire, depuis cette époque, la constipation a persisté, résistant à deux lavements.

Le 31, surviennent une épistaxis et des vomissements.

A son entrée dans le service, le malade est dans un état de prostration assez marqué.

Examen : La langue est blanche et saburrale, le ventre souple est un peu douloureux à la pression avec quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. On trouve quelques taches rosées lenticulaires peu nettes. Le foie est normal. La rate est grosse. Aux poumons, quelques râles fins de congestion, disséminés, plus abondants cependant à la base droite. Rien au cœur. Le pouls dicrote à 72. Urines peu abondantes et albumineuses. La température qui, la veille au soir, était de 39,8 est à 39,4 le 2 au matin. Ce même jour, prise de sang avec séro-diagnostic positif = 1/30. Temp. 39,4 matin; 38,6 soir.

Le 3 août. Le malade est un peu plus abattu qu'à son entrée. La réaction d'Ehrlich ne donne aucun résultat. Temp. 39,2 matin; 39,2 soir.

Le 4. L'état général reste le même, mais la température baisse. Le pouls est bon. Temp. 38 matin; 38,2 soir.

Le 5. La chute de la température se continue. Le pouls est très bon et l'état général devient satisfaisant. Réaction d'Ehrlich toujours négative. Temp. 37,8 matin; 38 soir.

Le 6. L'amélioration continue. Temp. 37,4 matin; 37,6 soir.

Le 7. Bon état général. Réaction d'Ehrlich négative. Temp. 37,2 matin; 37,2 soir.

Le 8. Nouvelle prise de sang donnant 1/50 de pouvoir agglutinatif. Temp. 37,2 matin; 37,2 soir.

Le 9. La température reste la même et le malade entre en convalescence. A partir de ce jour, après quelques oscillations qui ramènent la température le 10 et le 14 à 37,8, la convalescence s'affirme, le malade s'alimente et sort complètement guéri le 18.

La réaction d'Ehrlich, faite le 11 et le 13 n'a donné aucun résultat, et la séro-réaction refaite le 15 a donné 1/30 de pouvoir agglutinatif.

OBSERVATION VII.

*Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Vidal,
à la Maison municipale de Santé.*

Mademoiselle R... Fernande, âgée de 20 ans, élève de l'école de Sèvres, entrée à la Maison Dubois le 22 janvier 1899.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

Quelques jours après le 1^{er} janvier, M^{lle} R... s'est sentie fatiguée. Alternativement alitée et levée, elle rentre le 15 dans sa famille où elle s'alite définitivement.

Le 22 janvier, à son entrée dans les salles, les symptômes tant généraux que locaux étant peu marqués, on met la malade en observation. Deux jours après, le 24, la température monte à 39 et l'on songe à une fièvre typhoïde, car en même temps apparaît une véritable éruption de taches rosées sur l'abdomen et la région épigastrique.

L'examen donne alors les résultats suivants :

Langue saburrale au centre, rouge sur les bords. Ventre souple, sans gargouillement dans la fosse iliaque droite. Rate assez volumineuse. Rien aux poumons ni au cœur. La malade, très nerveuse, a perdu la mémoire et c'est seulement grâce aux renseignements fournis par son père qu'on peut reconstituer l'histoire de sa maladie.

Le 26, même état général. Temp. 38,6 matin ; 39,4 soir.

Le 27. Prise de sang et pouvoir agglutinatif de la séro-réaction = 1/300. Temp. 38,6 matin ; 38,9 soir.

Le 28. Temp. 38,4 matin ; 39 soir.

Le 29. La malade est toujours très énervée. Elle ne dort pas. Temp. 38 matin ; 39 soir.

Le 30. Même état nerveux ; toujours pas de sommeil. La température qui n'était le matin qu'à 38, monte le soir à 40. Temp. 38 matin ; 40 soir.

Le 31. Même état général, mais la température baisse beaucoup. Temp. 38 matin ; 38,2 soir.

Le 1^{er} février. La malade, encore agitée, retrouve le sommeil. Temp. 38 matin ; 38 soir.

Le 2. La séro-réaction donne 1/150. Temp. 37,8 matin ; 37,9 soir.

Le 3. Le sommeil est redevenu meilleur. La température continue à descendre. Temp. 37,6 matin ; 38 soir.

Le 4. L'amélioration continue. Temp. 36,8 matin ; 38 soir.

Le 5. La malade, constipée, ne va à la selle qu'avec un lavement. Nuit meilleure que les précédentes. Temp. 37,6 matin; 37,8 soir.

Le 6. La défervescence continue. Temp. 37,4 matin; 37,6 soir.

Le 7. La malade est toujours très nerveuse, mais elle dort mieux. Temp. 37,4 matin; 37,6 soir.

Le 8. Le séro-diagnostic donne $1/200$ de pouvoir agglutinatif. Temp. 37,2 matin; 37,4 soir.

Le 9. L'amélioration continue; la malade demande à manger. Temp. 37,4 matin, 37,6 soir.

A partir de cette époque, l'état général étant satisfaisant, on commence à alimenter la malade et elle entre définitivement en convalescence.

On refait le séro-diagnostic le 14, qui donne $1/300$ pour l'agglutination. Le 19, il donne $1/200$.

Quant à la température, elle oscille aux environs de 37 du 9 au 19, date à laquelle la malade rentre dans sa famille.

OBSERVATION VIII.

*Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Widal
à la Maison municipale de Santé.*

Madame B... est entrée à la Maison Dubois le 1^{er} juin 1899.

Aucun antécédent pathologique, héréditaire ou personnel.

La malade s'est alitée le samedi 27 mai. Quelques jours auparavant elle avait éprouvé de fréquents maux de tête et de la courbature. C'est à la suite d'une syncope qu'elle a gardé le lit. Ni épistaxis, ni vomissements.

Actuellement, au sixième jour environ de la maladie, Madame B... accuse seulement une assez vive céphalée. Réaction générale peu marquée. La langue est saburrale sans être rouge sur les bords. Ventre souple, non ballonné, non douloureux à la pression. Une seule tache dans la région épigastrique. Pas d'hypertrophie de la rate. L'auscultation du poumon révèle une congestion des bases, surtout notable à gauche. Rien au cœur. Pouls 108. Urines rares, denses, rougeâtres, non albumineuses. Prise de sang et séro-diagnostic = $1/50$. Réaction d'Ehrlich positive. Temp. 39 soir.

Le 2. Même état général. Temp. 39,2 matin; 39,4 soir.

Le 3. État général stationnaire et satisfaisant. Nuit calme, mais la malade ne dort pas. Temp. 38,4 matin; 38,8 soir.

Le 4. État stationnaire. L'insomnie persiste. La malade est calme et n'a pas eu de délire. Ehrlich positif. Pouls 104. Temp. 38 matin ; 38,8 soir.

Le 5. Pas de modification dans l'état général. Insomnie toujours rebelle avec un peu de céphalée. Temp. 38 matin ; 38,5 soir.

Le 6. État stationnaire. Ehrlich positif. Temp. 37,5 matin ; 38,4 soir.

Le 7. État général satisfaisant. La congestion des bases a presque totalement disparu. Urines toujours rares et denses sans albumine. Temp. 38 matin ; 38,4 soir.

Le 8. L'insomnie persiste sans agitation ni délire. Ehrlich positif. Temp. 37,8 matin ; 38,6 soir.

Le 9. Pas de modification dans l'état général. Prise de sang et pouvoir agglutinatif = 1/100. Temp. 38 matin ; 38,4 soir.

Le 10. État stationnaire. Ehrlich positif. Temp. 37,9 matin ; 38,4 soir.

Le 11. La temp. continue à baisser. Temp. 37,8 matin ; 38,2 soir.

Le 12. État général satisfaisant. La céphalée a disparu. Pour la première fois la réaction d'Ehrlich est négative. Temp. 37,8 matin ; 37,8 soir.

Apartir du 12, la température reste au-dessous de 38, sans toutefois descendre au-dessous de 37,5. L'état général est très satisfaisant. L'auscultation ne révèle plus rien aux poumons. Les urines sont plus abondantes, claires et sans albumine. La réaction d'Ehrlich, répétée à 2 ou 3 jours d'intervalle, a continué à être négative. Le séro-diagnostic a donné les résultats suivants :

Le 17. = 1/30.

Le 25. = 1/30.

Le 9 juillet. = 1/30.

La malade a commencé à être alimentée le 24 juin et elle est sortie le 10 juillet.

OBSERVATION IX.

*Recueillié dans le service de M. le professeur agrégé Vidal,
à la Maison municipale de Santé.*

M. S..., vingt-huit ans, sujet allemand, entre à la maison Dubois, le 17 janvier 1899.

Rien dans les antécédents.

Il s'est alité le 12 janvier après avoir, pendant huit jours environ, lutté contre une courbature générale.

Les 10 et 11 janvier il avait eu de violentes céphalées accompagnées de frissons répétés suivis de plusieurs vomissements. Cependant aucune épistaxis. Enfin deux jours après s'être alité, il a été pris d'une diarrhée intense qui continue au moment de son entrée, à la maison Dubois, le 17 janvier.

Examen le 18. Le malade est peu abattu. La langue est blanche au centre, rouge sur les bords. L'abdomen n'est ni ballonné, ni douloureux, mais il présente une abondante éruption de taches rosées, et la pression dans la fosse iliaque droite, détermine du gargouillement très marqué. La rate est grosse (matité de quatre travers de doigt dans le sens vertical). L'auscultation des poumons révèle de nombreux râles de congestion et de bronchite. Rien au cœur. Prise de sang et séro-diagnostic = 1/100. Temp. 40 matin; 40,2 soir.

Le 19, nuit assez agitée, diarrhée toujours abondante. Temp. 39,4 matin; 39,6 soir.

Le 20, toujours un peu d'agitation. La diarrhée diminue mais reste fétide. Temp. 38,8 matin; 39,6 soir.

Le 21, nuit meilleure. Le malade n'a eu que trois selles en vingt-quatre heures. Temp. 40 matin; 39,6 soir.

Le 22, état général stationnaire. La diarrhée a cessé. Temp. 39,7 matin; 40,3 soir.

Le 23, pas de modification dans l'état général. Prise de sang et séro-diagnostic = 1/300. Temp. 39,6 matin; 39,5 soir.

Le 24, la nuit a été très bonne. Le malade urine abondamment et la température baisse brusquement. Temp. 38,2 matin; 38,4 soir.

Le 25, état stationnaire. Temp. 38,5 matin; 39,2 soir.

Le 26, la défervescence continue. Temp. 37,4 matin; 37,2 soir.

A partir de ce jour, l'amélioration continue. La langue redevient humide et les selles sont moulées. La température après avoir oscillé entre 38 et 37 jusqu'au 30 janvier se maintient aux environs de 37 à partir du 31.

Le séro-diagnostic a donné pendant cette période les résultats suivants :

Le 29 janvier 1/400.

Le 4 février 1/400.

Le malade sort le 6.

CONCLUSIONS

1° En dehors de toute manifestation endémique et à plus forte raison pendant le cours d'une épidémie de fièvre typhoïde, on doit tenir pour suspects tous les cas rangés autrefois sous les noms de fièvres synoques, gastriques, continues simples, etc.

2° L'évolution clinique de ces pyrexies permettait jusqu'à ce jour d'en reconnaître le caractère infectieux, mais sans pouvoir déterminer la nature même de l'infection.

3° La séro-réaction de Widal permettra d'en attribuer presque toujours l'évolution au bacille d'Eberth. Mais dans aucun cas l'intensité du pouvoir agglutinatif ne peut faire prévoir la terminaison de la maladie.

4° C'est ce que nous croyons du moins avoir démontré pour la fièvre typhoïde abortive dont on ne peut mieux expliquer la fréquence que par l'atténuation du virus spécifique, grâce aux progrès de la prophylaxie moderne.

Vu :

Le Président de la thèse,

C. POTAIN.

Vu :

Le Doyen,

D^r BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Arnould.** — *Revue d'hygiène*, janvier 1887.
- Achard.** — *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 24 juillet 1896.
- Bourgeois A.** — *Etude sur la fièvre typhoïde atténuée et sur l'atténuation de la fièvre typhoïde. Bull. gén. de thérap.*, 30 juin, 15 et 30 juillet 1889.
- Bouillaud.** — *Clinique médicale de la Charité*, t. I, Paris, 1837.
- Batümmler.** — *Klinische Beobachtungen ueber Abdominal-typhus in England, die Leichesten Formen der typhösen Infection*, *Deutsch Arch. f. Klin. méd. Bd. III*, 1867 s. 387.
- Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séances du*
28 janvier 1870 ; *ibid.* 1872, *ibid.* 1876, p. 240, 303, 304 et 1877, p. 41
et p. 124.
- Bernheim.** — *Clinique médicale*, 1877, p. 312 et suivantes, *fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde.* (*Revue médicale de l'Est*, 1885).
- Brissaud.** — *Traité de médecine*, 1895.
- Brouardel.** — *Traité de médecine*, 1895.
L'eau potable. Revue scientifique, n° 9, 1887.
Revue d'hygiène, 1887. *Enquête sur l'épidémie de Pierrefonds.*
- Brouardel et Chantemesse.** — *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1887. *Enquête sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Clermont.*
- Chomel.** — *Leçons de clinique médicale.* Paris, 1834.

- Cadet de Gassicourt.** — *Traité clinique des maladies de l'enfance*, t. II, p. 549, 1880.
- Colin.** — *La fièvre typhoïde dans l'armée*. Paris, 1878.
- Chauveau.** — *Contribution à l'étude de la grippe*. Thèse de Paris, 1884.
- Chantemesse.** — *La fièvre typhoïde, l'embarras gastrique fébrile et la distribution d'eau de Seine à Paris*, 1889.
Semaine médicale, 10 nov. 1889.
- Chantemesse et Vidal.** *Société médicale des hôpitaux*, février 1887.
Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde in *Archives de physiologie*, 1887.
- Courtet.** *Embarras gastrique fébrile*. Thèse de Paris, 1889.
- Coudeyras.** — *Contribution à l'étude des formes légères de la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1897.
- Catrin.** — *Séro-diagnostic et séro-pronostic de la fièvre typhoïde*. Soc. méd. des hôpitaux, 16 octobre 1896.
- Courmont Paul.** — *Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde*. Société de biologie, 25 juillet 1896.
- Descroizilles.** — *Maladies des enfants*, 1883.
- Dieulafoy.** — *Manuel de path. interne*, 9^e édition.
- Daga.** — *Mémoires de médecine militaire*, 1882, p. 259.
- Ehrlich.** — *Zeitschrift für Klin. med.*, 1842, p. 285.
Charité Annalen 8 Jahrganz 1883, n° 3 et 1884, p. 148 et 1886.
Deutsche Mediz. Wochenschr. 1883, n° 3 et 1884, p. 419 n° 27.
- Forget.** — *De l'entérite folliculeuse*, 1841.
- Fridenwald.** — *La diazo-réaction d'Ehrlich*, (*N.-York med. j.* 23 décembre.)
- Filatov. N.** — *Leçons des maladies infectieuses aiguës*, Moscou, 1891.
- Griesinger.** — *Infectionen, Krankheiten*. (Wirchow v. *Handbuch der spec. Pathologie und Therapie*). Erlangen, 1857.
Traité des maladies infectieuses. Traduction Lemattre. Paris, 1868.
- Guéneau de Mussy.** — *Clinique médicale*, t. III.
Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde dothienentérique, Paris, 1884.
- Guyot et Besnier.** — *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1870-72.
- Gasiglia.** — *Contribution à l'étude de la forme abortive de la fièvre typhoïde*. Thèse de Montpellier, nov. 1888.
- Hardy et Behier.** — *Pathologie interne*, t. IV, p. 92, 1880.
- Homolle.** — Article "fièvre typhoïde". *Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, t. XXXVI. Paris 1884.

- Hutinel.** — *Convalescence et rechute de la fièvre typhoïde.* Thèse d'agrégation, 1883.
- Herbland-Morin.** — *Exanthème dans l'embarras gastrique.* Thèse de Paris, 1885.
- Jaccoud.** — *Thermométrie dans la fièvre typhoïde, clinique de la Charité,* p. 596, Paris, 1867.
- Jürgensen.** — *Ueber die leicht Form. des Abdominal-typhus, Samm. Klinische Vorträge,* n° 61.
- Kiener.** — *Observations de fièvre éphémère recueillies à l'hôpital St-Eloi de Montpellier,* (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 10 avril 1885).
- Kelsch.** — *Observations sur l'embarras gastrique fébrile,* 8 mai 1885.
- Kiener et Kelsch.** — *Communication à la Société méd. des hôp.* avril 1885.
- Kissel.** — *De la valeur de la réaction d'Ehrlich.* Presse médicale 10 mai 1897.
- Lebert.** — *Beiträge zur genaueren Kenntniss der verschiedenen Formen des typhus, Ueber Abortivtyphus.* Prager vierteljahr-schrift, Bd 56, 1857 s. 4.
- Liebermeister.** — *Ueber die Ursachen der Volks Krankheiten, Akad., Autrihsrede, Bâle,* 1865.
Infections Krankheiten und Typhus abdominalis
ûe Ziemssen's, Handb. der spec. Pathol und
Therap., Leipzig, 1876.
Vorlesungen über spec. Path. und Therap. Bd. I.
Infections Krankheiten, 1885, Abdominal-Typhus,
p. 126.
- Laveran.** — *De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde,* (Archives générales de médecine, 1870, p. 424.)
- Lorain et Brouardel.** — *De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies*
t. II, p. 135, Paris, 1877.
- Lebon.** — *Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en décembre 1883 aux forges de Liverdun.* Thèse de Nancy, 1884.
- Letulle.** — *Pyrexies abortives.* Thèse d'agrégation, 1886.
- Laveran et Teissier.** — *Pathologie interne.*
- Lemoine.** — *Société médicale des hôpitaux,* 24 juillet 1898.
- Lépine.** — *Sur les pneumonies du début de la fièvre typhoïde.* (Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux, décembre, 1882, p. 287.)

- Murchison** — *La fièvre typhoïde. Trad. Lutaud. Paris, 1878.*
- Obraztsov.** — *Compte rendu des travaux du Congrès des médecins russes, t. I, 1891.*
- Picot et d'Espine.** — *Manuel pratique des maladies de l'enfance. 1880.*
- Potain.** — *Gazette des hôpitaux, 1880. Fièvres typhoïdes atténuées.*
- Rilliet et Barthez.** — *Traité des maladies des enfants, t. II, 1861.*
- Rivier.** — *De la diazo-réaction de Ehrlich. Th. de Paris, 1898.*
- Sydenham.** — *Médecine pratique. Lettre sur une nouvelle sorte de fièvre qui parut en 1685. (Traduction de Jaull). Paris, 1774, p. 516 et suivantes.*
- Schmid.** — *Ueber typhus levissimus. Zurich, 1862.*
- Sorel.** — *Mémoire de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1880. La fièvre typhoïde en Algérie. Aphonie, hémiplegie droite avec hémianesthésie dans le cours d'une fièvre typhoïde. (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux), 1883, p. 150.*
- Taylor.** — *On Ehrlich's diagnostic sign of enteric fever (Lancet, 4 mai). Le signe d'Ehrlich dans le diagnostic de la fièvre typhoïde.*
- Tifoidi et pseudo-tifoidi (Settimana méd. dello sperimentale), 6 et 13 nov. 1897.*
- Volintsev (G.).** — *De la fièvre typhoïde abortive et de ses rapports avec la réaction de Widal. Vratch, 25 sept. et 25 déc. 1897.*
- Villès et Battle.** — *Presse médicale, 14 oct. 1896.*
- Wunderlich.** — *Prüfung der Calomelwirkung beim enterischen Typhus. Arch. f. physiol. Heilkunde. Neue Folge. Bd. 1857, s. 378.*
- Wegelin.** — *Dissertatio. Zurich, 1854.*
- Weill, A.** — *Zur Pathol. und Therap. des Typhus abdom. Leipsig, 1885.*
- Warthin.** — *Note sur la diazo-réaction (Méd. News), 27 mai 1893.*
- Widal et Sicard.** — *Etude sur le sero-diagnostic et sur la réaction agglutinante chez les typhiques. (Annales de l'Institut Pasteur, mai 1897.)*
- Widal.** — *Séro-diagnostic et séro-pronostic de la fièvre typhoïde. Soc. Méd. des Hôp., 16 oct. 1896.*
-

